

Caracterização e Intervenção na Fase Prodrômica da Psicose

Andreia Ribeiro*, Gisela Borges**

Resumo:

As autoras fazem uma revisão da caracterização e intervenção na fase prodrômica da psicose de acordo com alguns grupos de trabalho empenhados no estudo dos modelos de intervenção precoce na psicose e sua aplicação. As autoras salientam a importância do estabelecimento de critérios operacionais da população em risco de desenvolver um primeiro surto psicótico, no sentido da minimização dos custos da psicose e melhoria do prognóstico.

Palavras-chave: Prodromos; Psicose; 1º Surto psicótico; Risco ultra-elevado; Estratégia "Close-in".

importance of establishing criteria for the ultra high-risk population, in the sense of minimizing costs and ameliorating prognosis.
Key-words: *Prodrome; Psychosis; First psychotic episode; Ultra high risk; "Close-in" strategy.*

"A identificação dos indivíduos numa fase precoce associada a intervenções farmacológicas e psicossociais pode prevenir o desenvolvimento de uma perturbação declarada."

Mrazek e Haggerty

ABSTRACT:

The authors refer to both characterization and types of intervention performed in the Prodromal phase of psychosis, developed mainly by study groups concerning early psychosis intervention. The authors point out the

O período anterior ao diagnóstico evidente de uma perturbação psicótica como a Esquizofrenia, tem sido tradicionalmente referido como "Fase Pré-Mórbida". No entanto, este termo gera equívocos porque na realidade cobre duas fases e não uma:

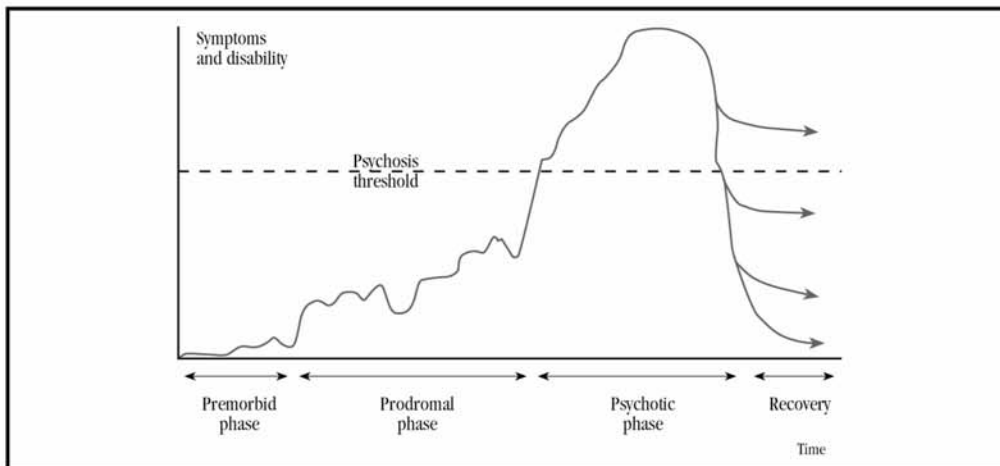


Fig.1: Distinções entre as fases pre-mórbida, prodrômica e psicótica do 1º Surto psicótico, in "Treating Schizophrenia in the Prodromal Phase", Taylor&Francis, 2004¹.

a verdadeira **Fase Pré-Mórbida** e a **Fase Prodrômica ou Prodromos**¹ (Fig.1).

Prodromos é um conceito usado na clínica que se refere aos sintomas e sinais precoces experimentados por um indivíduo, antes do quadro sintomático mórbido se tornar evidente. O termo Prodromos tem portanto duas implicações:

1. o indivíduo está sintomático durante esta fase.
2. o indivíduo vai desenvolver uma doença declarada após o prodromos.

Estes dois pontos são ambos relevantes na identificação e tratamento dos indivíduos suspeitos, na medida em que, porque estão sintomáticos, podem pedir auxílio nesta fase e logo serem identificados, sublinhando o carácter retrospectivo desta fase.

A Fase Prodrômica é caracterizada por sintomas inespecíficos e uma disfunção social crescente. De facto, uma quantidade substancial da incapacidade que se desenvolve na Esquizofrenia surge antes dos sintomas psicóticos positivos estarem presentes^{2,3,4}. Foi proposto que esta incapacidade que se desenvolve durante o Prodromos possa funcionar como uma plataforma de recuperação nos jovens⁵.

Existe evidência recente que em algum momento da transição do Prodromos para a Psicose aguda ocorrem alterações na estrutura (e presumivelmente na função) cerebral⁶. Pode significar o início de alterações neurobiológicas que se continuam à medida que a perturbação progride. O que não parece claro é a cronologia das primeiras modificações,

sendo incerto também se estas poderão ser prevenidas, revertidas ou alteradas de alguma forma com as intervenções, ou mesmo do momento da irreversibilidade e da inevitabilidade de evolução para uma perturbação psicótica crónica.

Vantagens Potenciais da Intervenção Pré-Psicótica

1. O início da psicose pode ser prevenido.
2. As alterações neurobiológicas que ocorrem no início da psicose poderiam ser prevenidas ou minimizadas.
3. O primeiro surto psicótico (PSP) poderia ser menos traumático, com menor ruptura social e melhor qualidade de vida.
4. Atraso do início da psicose com redução da morbilidade e dos custos humanos e económicos inerentes.
5. Inserção dos indivíduos em risco num plano de cuidados de Saúde Mental, lidando com e minimizando os danos e o estigma associados a esta fase prodrômica.
6. Os jovens têm possibilidade de serem assistidos relativamente à possível comorbilidade psiquiátrica (ex: depressão, abuso de substâncias).
7. Estabelecimento de uma relação terapêutica que facilite intervenções medicamentosas futuras, atempadas e não traumáticas.
8. Detecção rápida do PSP e redução do tempo de psicose não tratada.
9. Possibilidade de estudo prospectivo do processo de transição psicótica, incluindo aspectos neurobiológicos, psicopatológicos e ambientais.

Caracterização do Prodromos

Para o reconhecimento do Prodromos psicótico é necessária a caracterização dos sintomas e sinais desta fase. Alguns estudos fizeram descrições detalhadas dos sintomas e sinais prévios a um PSP, quer a definição de Psicose como quadro sindrômico⁴ ou Esquizofrenia como diagnóstico específico.

Uma abordagem diferente é o *follow-up* prospectivo de doentes com o diagnóstico de Esquizofrenia, examinando as características prodrômicas indicadoras de recaída. Assim o Prodromos *da Recaída* e não o Prodromos *Inicial* é o sujeito da investigação, podendo constituir um problema a sua possível não coincidência.

Sintomas Prodrômicos mais frequentes descritos em Estudos Retrospectivos sobre PSP

- Atenção e concentração reduzidas.
- Diminuição da iniciativa e motivação.
- Depressão.
- Alterações do sono.
- Ansiedade.
- Isolamento social.
- Desconfiança.
- Deterioração funcional.
- Irritabilidade.

Comparativamente à listagem anterior, que refere os sintomas mais inespecíficos, apresentamos uma mais detalhada, resultante dos vários estudos de Yung e McGorry⁴:

Características Prodrômicas da Esquizofrenia

1. Sintomas neuróticos:

- Ansiedade

- Inquietação
- Raiva, irritabilidade

2. Sintomas afectivos:

- Depressão
- Anedonia
- Culpa
- Ideias suicidas
- Alterações do humor

3. Alterações da volição:

- Apatia, perda de iniciativa
- Tédio, perda de interesse
- Fadiga, diminuição da energia

4. Alterações cognitivas:

- Alterações na atenção e concentração
- Preocupação, "sonhar acordado"
- Bloqueio do pensamento
- Pensamento concreto

5. Sintomas físicos:

- Queixas somáticas
- Perda ponderal
- Diminuição do apetite
- Alterações no sono

6. Versões atenuadas ou subliminares:

- Anomalias perceptivas
- Desconfiança
- Alterações da vivência do eu, dos outros ou do mundo
- Alterações do afecto
- Alterações da motilidade

7. Outros sintomas:

Fenómenos obsessivo-compulsivos
Fenómenos dissociativos
Aumento da sensibilidade interpessoal

8. Alterações do comportamento:

- Deterioração funcional
- Isolamento social
- Impulsividade
- Comportamentos bizarros
- Comportamentos disruptivos ou agressivos

Intervenção - Estratégia "Close-in"

A estratégia "close-in", proposta por Bell em 1992 fornece acesso médico, apoio clínico e inicia um follow-up precoce a um subgrupo de jovens em **Risco Ultra-elevado** de psicose (UHR), que se encontram em sofrimento com disfuncionalidade marcada e que aceitam o apoio de técnicos de saúde mental.

Critérios Alargados para o Grupo UHR:

(os indivíduos devem possuir critérios de 1 ou mais dos 3 grupos seguintes)

Grupo 1: Sintomas Psicóticos Atenuados

- Presença de pelo menos 1 dos seguintes sintomas: ideias de referências, convicções bizarras ou pensamento mágico, anomalias na percepção, ideação paranóide, pensamento e discurso bizarro, aparência e comportamento bizarro.
- Frequência dos sintomas: pelo menos várias vezes por semana.
- Antiguidade: presentes no ano anterior.
- Duração: presente pelo menos durante 1 semana e não mais de 5 anos.

Grupo 2: Sintomas Psicóticos Intermitentes Limitados Breves (BLIPS)

- Sintomas psicóticos transitórios. Presença de pelo menos 1 dos seguintes: ideias de referência, pensamento mágico, anomalias da percepção, ideação paranóide, pensamento e discurso bizarro.
- Duração: menos de 1 semana.
- Frequência dos sintomas: pelo menos várias vezes por semana.
- Os sintomas resolvem espontaneamente.
- Antiguidade: presentes no ano anterior.

Grupo 3: Factores de Risco de Estado e de Traço

- Perturbação Esquizotípica da Personalidade no indivíduo identificado ou perturbação psicótica num familiar de 1º grau.
- Diminuição significativa no funcionamento ou no estado mental – mantida pelo menos 1 semana e não mais de 5 anos.
- Antiguidade: a diminuição do funcionamento ocorreu no último ano.

Não obstante os estudos não são encorajadores, apesar do bom acompanhamento psicossocial este modelo de intervenção não impede a transição para o PSP: 41% dos jovens em UHR após um follow-up de 12 meses desenvolvem um PSP.

Factores preditivos de transição para psicose

- Longa duração de sintomas psiquiátricos.
- Disfuncionalidade global.
- Possuir história psiquiátrica familiar ou sintomas psicóticos atenuados.
- Depressão.
- Desorganização

Esta população de jovens precisa de **resposta clínica!** – tem risco aumentado de suicídio, abuso substâncias e falência vocacional.

Em contraponto à abordagem clássica, conservadora e de monitorização passiva, R. Murray propõe um modelo de intervenção mais activo e adequado às necessidades individuais de cada jovem, numa perspectiva multidisciplinar e integradora.

Que deve o clínico fazer quando abordado por um jovem ou a sua família em alto risco?

1. Medidas gerais e de suporte.
2. Tratamento de situações específicas: Perturbação Depressiva, P. Pânico e P. Obsessiva-compulsiva – apoio psicossocial + SSRI
3. Se UHR, apoio psicossocial deve incluir terapias cognitivas com ou sem tratamento farmacológico específico direccionado à sintomatologia.
4. Oferta de apoio em cenário não estigmatizante: visitas domiciliárias pelo MF, pelo Conselheiro escolar ou equipas de Saúde Mental; intervenção precoce em instalações comunitárias.
5. Estabelecimento relação terapêutica.

Quando introduzir neurolépticos nesta fase:

- Preenchimento critérios UHR
- Deterioração funcional rápida
- Risco suicídio
- Risco violência
- Desorganização progressiva
- Comportamentos estigmatizantes ou embaraçosos.

Bibliografia:

1. Yung, A., Phillips, L., McGorry, P.D., Treating Schizophrenia in the Prodromal Phase. Londres. Taylor&Francis. 2004.
2. Agerbo, E, Byrne M, Eaton WW, Mortensen PB, Schizophrenia, marital status and employment: a forty year study. *Schizophr Res* 60 (suplemento): 32: 2003.
3. Hafner, H, Nowotny, B, Löffler, W, et al, When and how does schizophrenia produce social deficits? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 246: 17-28: 1995.
4. Yung, A, McGorry, P.D., prodromal phase of first-episode The psychosis: Past and current conceptualizations. *Schizophr Bull* 22: 353-370: 1996.
5. McGorry, P.D., Yung, A., Philips, L, The "close-in" or ultra high risk model: A safe and effective strategy for research and clinical intervention in prepsychotic mental disorder. *Schizophr Bull* 29: 771-790: 2003.
6. Pantelis, C., Velakoulis, D., McGorry, P.D., et al, Neuroanatomical abnormalities before and after onset of psychosis: A xcross-sectional and longitudinal MRI comparison. *Lancet* 361 : 281-288: 2003.
7. Ehmann,T., MacEwan, G.W., Honer, W.G., Best Care in early Psychosis Interventions – Global Perspectives. Londres. Taylor&Francis.2004
8. Case management in early psychosis: a handbook. Victoria. EPPIC. 2001.
9. Lieberman, J.A., Murray, R.M., Comprehensive Care of Schizophrenia. Londres. Martin Dunitz Ltd. 2001.

10. McGorry, P.D., Jackson, H.J., The Recognition and Management of Early Psychosis. Cambridge. Cambridge University Press. 1999.

12. Schizophrenia Research, vol. 70 (2004), 1-176, Suplemento.

11. Zipursky, R.B., Schulz, S.C., As Fases Iniciais da Esquizofrenia. Lisboa. Climepsi. 2003.